

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 119

Travail de la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur TIXIER

Considérations sur la Bactériologie des épanchements péritonéaux des ulcères gastro-duodénaux perforés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Ivan GELLIE

né le 30 Mai 1905, à St-Etienne-de-Lisse (Gironde)

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



**IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE**

**46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Parmentier 32-55**

LYON

1932

**Considérations sur la Bactériologie
des épanchements péritonéaux des
ulcères gastro-duodénaux perforés**

Travail de la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur TIXIER

Considérations sur la Bactériologie des épanchements péritonéaux des ulcères gastro-duodénaux perforés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1932.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Ivan GELLIE

né le 30 Mai 1905, à St-Etienne-de-Lisse (Gironde)

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Parmentier 32-55

LYON

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé, chargé de cours)
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	ENSELME (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	SEDALLIAN (Ch.).
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TIXIER, *Président* ; ROCHET, *Assesseur*
MM. POLLOSSON et GUILLEMINET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA TANTE REGNARD

A MA MERE, A MON PERE

Bien faible témoignage de mon
profond amour. Que ce travail leur
soit une modeste compensation de
tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRERE

Avec toute mon affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de clinique chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Lyon*

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fait le grand hon-
neur d'en accepter la présidence.

Nous le prions de bien vouloir
agréer ici l'hommage de notre res-
pectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. CLAVEL

Chef de Clinique chirurgicale

*Prosecteur à l'Institut d'anatomie
de la Faculté de Médecine de Lyon*

Il a été notre meilleur conseiller et nous a fourni une aide précieuse au cours de ce travail.

Qu'il soit assuré de notre bien vive reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR J. CLAVEL

Ancien interne des Hôpitaux

Chef de service à l'Institut Bactériologique de Lyon

Qui nous a aidé de ses conseils techniques au cours de ce travail. Nous la prions d'agréer nos remerciements et nos hommages les plus respectueux.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE ANNEXE
DE SANTÉ NAVALE DE ROCHEFORT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX ET DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DESGENETTES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

PREMIÈRE PARTIE

Historique et Documents



CHAPITRE PREMIER

Rappel Historique

Les documents concernant la bactériologie des épanchements péritonéaux dans les perforations des ulcères sont relativement peu nombreux.

Il suffit de remonter jusqu'en 1920 pour trouver dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, les premières observations d'ulcère perforé gastro-duodénaux, où est mentionné l'examen bactériologique de ces épanchements. On le trouve dans une observation de Roux et Berger, rapportée par le Professeur Lecène ; dans une du Professeur Delbet ; et une autre du Docteur Kotzareff, de Genève, rapportée par le Professeur P. Duval.

Cette même année, le Professeur Lecène, dans la séance du 7 juillet, à la *Société de Chirurgie de Paris*, signale, à propos d'une observation, la gravité des complications dues à la virulence particulière du contenu duodénal épanché dans la cavité péritonéale.

En 1921, un article du Professeur Paul Ulrich, dans la *Revue de Chirurgie*, signale que la septicité du contenu stomacal est tout d'abord inexistante, dans les premières heures qui suivent la perforation. Ceci vient à l'appui du résultat des investigations qu'a faites Lecène, qui, le premier en France, a montré l'amicrobisme presque absolu du liquide qui jaillit de l'ulcère, et de l'épanchement péritonéal réactionnel.

En 1922, dans une communication à la *Société de Chirurgie de Paris*, le Professeur P. Duval apporte deux observations personnelles, et fait une récapitulation des observations apportées par Prader, Brütt, Gatellier et Basset.

En 1923, Oudard et Jean présentent cinq observations nouvelles à la *Société de Chirurgie de Paris* ; Girode en apporte quatre, et le Docteur Charles Gibson, de New-York signale la stérilité habituelle de l'épanchement abdominal dans les premières 24 heures.

Le Professeur Hartmann, dans un article sur « Le traitement des ulcères perforés en péritoine libre », tire des conclusions générales basées sur 200 observations, apportées par de nombreux chirurgiens des hôpitaux de Paris. Peu de cas comportent un examen bactériologique.

En 1925, dans sa thèse, Radoievitch discute la valeur du pronostic immédiat basé sur l'examen macroscopique et microscopique des liquides au cours de l'intervention.

Cette même année, L. Courty, de Lille, publie une

observation à la *Société de Chirurgie de Paris*, observation rapportée par Antoine Basset.

En 1926, le Professeur Hartmann, dans la sixième série des Travaux de Chirurgie, publie un article sur « les ulcères perforés de l'Estomac et du Duodénum ». Il y parle de la stérilité de certains épanchements, et de la flore microbienne des liquides infectés.

Massa et Bertone présentent, dans le *Minerva Medica*, en 1929, trois observations où sont mentionnées les examens bactériologiques et chimiques.

En 1930, le Professeur Grégoire apporte une observation à la *Société de Chirurgie de Paris*.

En 1931, le Professeur Judine, chirurgien en Chef de l'Institut de Chirurgie d'urgence, à Moscou, publie, dans le *Journal de Chirurgie*, un important travail intitulé : « Statistique de 116 cas d'ulcère perforé de l'Estomac et du Duodénum, observés dans mon service du 1^{er} octobre 1929 au 30 novembre 1930 ». L'auteur y apporte 15 résultats d'examen microscopique immédiat dès l'ouverture du ventre, et 104 résultats de culture.

Il est à regretter que ces diagnostics de cultures manquent souvent de précision, et que l'auteur n'ait pas cherché à mettre en valeur la signification que donne la présence de certaines races microbiennes. Nous en reparlerons plus loin.

Cette même année, le Docteur Yves Bourdes, de Marseille, a transmis à la *Société de Chirurgie de Paris*, une observation rapportée par R. Proust ; et Fleming, de Philadelphie, publie un article où il pas-

se en revue les principales complications post-opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés, et en particulier la péritonite par inoculation septique.

Il y a lieu de signaler enfin les travaux de plusieurs auteurs allemands : Schönbauer, Prader, et Conrad Brünner, qui ont voulu établir un rapport entre la non septicité du liquide péritonéal, et leur acidité.

Nous avons réuni sous forme de tableau, les résultats recueillis par les différents auteurs. Si nous mettons à part les cas de Judine (104 cas, 10 stériles et 94 septiques), nous avons 54 cas, se décomposant en 27 stériles et 27 septiques (voir Tableaux 1 et 2).

On ne peut pas établir de pourcentage exact de mortalité, car il y a certains cas où n'est mentionné que le résultat des cultures et l'horaire de la perforation. Sans indication de suites opératoires.

NOMS DES AUTEURS	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION	PRÉPARAT	MOYEN	TEMP.	POULS	ASPECT DU LIQUIDE	TECHNIQUE OPÉRATOIRE	GRAMM DIRECT	STAPH. CULTURES	ACIDITÉ LUNDG.	COMPLICATIONS	TERMINAISON
ROUX-BERGER	H.	33	DUOD 2 ^o PART.		6°	38°	100.	LOUCHEUR FOSSE ILIAQUE.	SUTURE G.-E.	COCCUS GRAMM DIPL.	STAPH. DORÉ		SUPPURATION DE LA PARAI ELIAQUE	GUÉRI.
DUVAL.	H.	41	YLORE		15°	38°	104	SEROSITÉ LOUCHE.	EXCISION SUTURE		ENTERO		PERITONITE	MORT.
	F.	14	GASTR		30°	38°	120	BOUILLON SALE.	EXCISION SUTURE DRAIN.	O	O		O	GUÉRI.
	H.	47	GASTR		8°	38°	100.	LOUCHE.	EXCISION SUTURE G.-E.		STAPHYLO ET PNEUMO		PERITONITE.	MORT.
DELBET.	H.	40	DUOD 2 ^o PART.		40°			DUS CIRCONS- C. ET PAR ADHES AGGLUTINÉES	SUTURE.	COCC. ET COLI.	COLI		PULMONAIRES.	GUÉRI.
					4° 1/2						O			
					36°						O			
					48°						+			
					60°						+			
PRADER.					3°						O	12.5		
					4°						O	ACIDE		
					7°						DIPL. O GRAMM STAPHYLO	8		
					1°						STAPHYLO	15		
					9°						STAPHYLO	12		
BRÜTT.					14°						STAPHYLO	10		
					5°						O			
					12°						O			
					13°						O			
					18°						O			
					6°						+			
					1°						+			
					8°						+			
					13°						+			
					18°						STAPHYLO			MORT.
					24°						+			
											+			
											+			
GATELLIER					30°						O			
BASSET.					8°						STAPHYLO ET PNEUMO.			

Tableaux résumant les observations que nous avons
recueillies dans la littérature
(G.-E. signifie gastro-entérostomie)
Culture O ou + signifie culture stérile ou Septique

NOMS DES AUTEURS	SEXE	AGE	SIÈGE DE LA LÉSION.	DURÉE	TEMP.	Pouls	ASPECT DU LIQUIDE	TECHNIQUE D'EXAMEN	EXAMEN DIRECT	CULTURES	ACIDITÉ DU LIQUIDE.	COMPLICATIONS	TERMI- NAISON.	
OUDARD ET JEAN	H	32	Duod. 1 ^{er} PORT.	22°			SÉROSITÉ PURULENTE GAZ.	ENFOUSSEMENT G.-E. DRAIN DANS LE DOUGLAS.		O			GUÉRI.	
	H	28	Pylor.	50°				ENFOUSSEMENT G.-E. DRAIN DANS LE DOUGLAS.		O			MORT.	
	H	38	Duod. 1 ^{er} PORT.	20°				ENFOUSSEMENT G.-E. DRAIN DANS LE DOUGLAS.		O			MORT.	
	H	38	Pylor.	12°				ENFOUSSEMENT DRAIN DANS LE DOUGLAS.		O			GUÉRI.	
	H	33	Duod. 1 ^{er} PORT.	4°				ENFOUSSEMENT G.-E. DRAIN DANS LE DOUGLAS.		O		Dyspnée brusque au 3 ^e jour. Asphyxie MORT au 3 ^e jour.	MORT.	
GIRDE.				4 $\frac{1}{2}$						O			GUÉRI.	
				36°			Liquide rouilleux sale.			O			MORT.	
				60°						STREPTO ET ENTERO			MORT.	
				48°						STREPTO ET ENTERO			MORT.	
CHARRIER				13°						O				
MOURE				18°						DIPLO- COQUES				
				34°						STREPTO ET DIPLO.				
KUMMER.			Pylor.	5°							ACIDE			
			Duod.	4°							ACIDE			
			Duod.	4°							ALCA- LIN			
			Duod.	7°							ALCA- LIN.			
			Duod.	10°							ALCA- LIN.			
OUDARD.	H	21	Pylor.	16°			LOUCHE ABONDANT	ENFOUSSEMENT G.-E. DRAIN SUS-PER.		O				
	H	48	Pylor.	6°			VERTATRE LOUCHE	ENFOUSSEMENT G.-E. DRAIN SUS-PERITON.		STREPTO		CICATRISATION LENTE.	GUÉRI.	
MATHIEU.				5°						O				
				28						O		PULMONAIRE.	MORT.	
				5°						ENTERO		PERITONITE.	MORT.	
				8°						O			GUÉRI.	
									COLI ET STAPHYLO.			GUÉRI.		
COURTY.	H	51	Pylor.	7°	36 $\frac{1}{2}$	70	LOUCHE.	PROLÉNTAIRE DRAIN SUS- PERITONIQUE		O	O	O	GUÉRI.	
MASSA ET BERTONE										O	ACIDE.			
										O	ACIDE.			
										STREPTO ET COLI.				
GRÉGOIRE	H	35	Duod. 1 ^{er} PORT.	37°	80		PRÉSENCE DE LIQUIDE ET DE GAZ.	SUTURE G.-E. DRAIN DANS LE DOUGLAS.		O	O	O	GUÉRI.	
BOURDES	H	48	GASTR.	3 $\frac{1}{2}$	130		MUCHEUX + BISMUTH.	SUTURE.		O	O	LEGÈRE	GASTROHÉMORRAGIE AU 5 ^e JOUR.	MORT.

Résultat de la statistique de Judine :

I. — Sur 104 observations, il y en a :

10 stériles avec 0 complications,
10 guérisons,
et 94 septiques avec 17 morts,
et 77 guérisons.

(Les causes de la mort ou les complications ne
sont pas mentionnées.)

II. — Rapport entre l'horaire de la perforation et la septicité du liquide épanché :

1 à 12 heures : 94 cas, 10 stériles, soit 10,64 %
84 septiques, soit 89,36 %
au-delà de 12 heures : 10 cas 0 stériles, soit 0 %
10 septiques soit 100 %

III. — Voici les germes les plus en cause :

	pur	associé
Staphylocoque	7 fois	5 fois
Diplostreptocoque	26 —	18 —
Streptocoque	18 —	4 —
Levures	5 —	8 —
Diplocoques	5 —	2 —
Coli Commune	1 —	
Bacille à Gram+	1 —	
Bacilles à spores	1 —	

CHAPITRE DEUXIÈME

Documents recueillis

à la Clinique du Professeur TIXIER

Les Observations que nous publions ci-dessous, concernent des malades opérés par le Docteur Clavel, à l'Infirmierie de porte de l'Hôtel-Dieu, et admis ensuite à la Clinique chirurgicale du Professeur Tixier, Salle Saint-Philippe.

Les examens bactériologiques ont été faits par Mme Clavel, assistante bactériologiste de la Clinique. Nous insisterons plus loin sur la technique utilisée.

Ces cas opérés par le même chirurgien, et étudiés par la même bactériologiste, sont donc parfaitement homogènes. Nous les avons classés en deux groupes :

Epanchements amicrobiens,

Epanchements contenant des microbes.

GROUPE I

Epanchements amicrobiens

OBSERVATION I

B... Albert, 51 ans.

24 juillet 1931 :

Admission à l'Infirmerie de porte.

Le malade présente une perforation d'ulcère typique, datant de 5 heures, avec ventre de bois, sans vomissements.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale, qui découvre une perforation lenticulaire d'un ulcère pré-pylorique peu calleux.

Enfouissement au catgut et épiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique, au bouton de Jaboulay.

Mise en place d'un drain sus-pubien, qui fait écouler du cul-de-sac de Douglas, du liquide en abondance.

Les suites ont été simples au point de vue abdominal, mais le malade a présenté des complications pulmonaires.

Examen bactériologique : Ensemencement une heure après le prélèvement, sur milieu aérobie et anaérobie.

Les cultures sont négatives.

12 août 1931 :

Examen radiologique : Pas de bouton. La baryte descend le long de la petite courbure, et s'accumule dans un bas-fond, où elle est limitée en haut par une ligne horizontale, comme dans l'estomac de sténose.

Contractions lentes et rares, malgré la présence d'un repas antérieur. L'évacuation se fait uniquement par la bouche

de gastro-entéro-anastomose, située à 5 ou 6 centimètres de la limite droite de l'image barytée.

25 septembre 1931 :

Consultation : Le malade présente un bon état local, il a engraisé et repris bonne mine.

16 octobre 1931 :

Toujours bon état général ; le malade a engraisé de plusieurs kilos. Il digère bien.

9 avril 1932 :

Il va bien, mais présente quelques douleurs post-prandiales. Le Professeur Tixier conseille de faire une résection, si cet état s'aggrave.

OBSERVATION II

A... Armando, 21 ans, scieur.

29 juillet 1930 :

Envoyé à l'Infirmerie de porte, pour un syndrome douloureux brusque, siégeant dans la région hypogastrique, le malade présente à son arrivée les symptômes typiques d'un ulcère perforé depuis 5 heures environ. Contracture de bois. Testicules rétractés à l'aîne.

Le pouls est à 80.

Anesthésie générale à l'éther.

1° Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve un ulcère perforé de la face antérieure de la première portion du duodénum. La perforation est lenticulaire, et repose sur une vaste induration.

Enfouissement par double bourse séreuse, au catgut chromé N° 0.

Epiplooplastie par dessus. Intervention satisfaisante, sans difficulté : pas besoin de débrider le grand droit.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique, au bouton de Jaboulay. Deux points de sûreté. Fixation au mésocolon.

Ligature d'une veine du mésocolon blessée, de direction transversale.

Fils métalliques et catgut.

2° Incision médiane sus-pubienne courte.

Aspiration du liquide abondant.

Gros drain dans le Douglas.

Un crin d'attente.

Examen bactériologique : Examen direct et ensemencements négatifs.

31 juillet 1930 :

Suites immédiates bonnes. Vomissement bilieux le deuxième jour. Un lavage d'estomac retire une grande quantité de gaz. Pas de liquide.

2 août 1930 :

Etat très satisfaisant. La température baisse régulièrement. Actuellement 37°. Le bouton a été évacué. Ablation du drain sus-pubien. On constate la présence de pyocyanique : on ne ferme pas le crin d'attente.

Dans la suite, aucun autre phénomène indiquant la rétention. Cicatrisation rapide. La paroi paraît bonne. Le malade sort à peu près complètement guéri.

22 novembre 1930 :

Le malade revient. Il a engraisé de 2 kilos. Il se plaint de souffrir à l'épigastre, 2 heures et demie après les repas, d'une façon régulière. L'ingestion alimentaire calme la douleur.

Radioscopie : L'estomac est gros, dilaté, avec des contractions énergiques. La bouche de gastro-entéro-anastomose ne fonctionne absolument pas. Toute l'évacuation se fait par le pylore. Le bulbe duodénal est dilaté, et au niveau de l'angle de la première et deuxième portion, il paraît exister un rétrécissement.

OBSERVATION III

M... Joseph, 47 ans.

30 janvier 1932 :

Le malade arrive à l'Infirmierie de porte, envoyé par le Docteur Buisson, pour ulcère perforé, avec vomissements et contracture abdominale étendue.

Il a des antécédents gastriques.

La perforation date de 8 heures.

La température est à 37°7. Le pouls à 110.

Anesthésie générale à l'éther, qui est pénible.

Laparotomie sus-ombilicale, qui découvre un ulcère perforé de la face antérieure de la première portion du duodénum, juxta-pylorique. C'est un ulcère calleux, d'une surface d'une pièce de un franc.

Suture en deux plans. Epiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique, au bouton de Jaboulay.

Drain sus-pubien, évacuant des liquides abondants.

Suites simples : La température ne dépasse pas 38°. Le bouton est expulsé.

Examen bactériologique : Aliments en abondance dans le liquide.

Examen direct et cultures négatives.

OBSERVATION IV

B..., 44 ans, sujet turc.

3 janvier 1932 :

Le malade présente des signes très nets de perforation d'ulcère, datant de 11 heures, avec contracture intense.

Le pouls est à 100 et la température à 37°4.

Intervention d'urgence à l'Infirmierie de porte.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale, découvrant un ulcère perforé de la face antérieure du pylore.

Perforation lenticulaire siégeant sur une zone calleuse d'une superficie d'une pièce de 5 francs.

On fait un double enfouissement et une épiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay. Mise en place d'un drain sus-pubien, par où s'écoule du liquide en grande abondance.

Examen bactériologique : Cultures stériles.

8 janvier 1932 :

Le malade meurt le 5^e jour, d'une broncho-pneumonie contractée pendant son transport de l'Infirmierie de porte à la Salle Saint-Philippe.

Autopsie : La suture et la bouche de gastro-entéro-anastomose sont étanches. Le bouton est en bonne place et tient bien.

Rien dans l'abdomen ; pas de pus. Lésions de péritonite circonscrite en voie de résorption, au niveau du couloir pariéto-colique droit. Adhérences autour du drain su-pubien.

Broncho-pneumonie bilatérale diffuse absolument typique.

OBSERVATION V

P... Georges, 33 ans.

11 avril 1932 :

Le malade entre à l'Infirmierie de porte avec les signes typiques d'une perforation d'ulcère qui date de 2 heures.

Les jours précédents, le malade avait déjà ressenti quelques douleurs abdominales.

A son arrivée : température à 38°5, pouls à 80.

Intervention, d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale. On découvre un ulcère de la face antérieure du pylore, peu calleux.

On fait une suture en deux plans et une épiplooplastie.

Fermeture en 3 plans, au catgut et fils métalliques en U.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

On établit un drainage par une courte incision de Mac Burnet, dans la fosse iliaque droite. Il s'écoule un liquide très abondant.

Un drain est mis dans le Douglas ; un autre dans la gouttière pariéto-colique droite.

Examen bactériologique : Les colonies qui poussent sont des colonies de microbes non pathogènes qui paraissent provenir d'une contamination lors du prélèvement.

14 avril 1932 :

Les suites immédiates sont très simples. La température ne dépasse 38°2. On enlève les drains.

20 avril 1932 :

Cet homme va bien.

30 avril 1932 :

Examen radiologique : L'évacuation gastrique se fait principalement par le pylore. La bouche de gastro-entéro-anastomose est libre, mais elle évacue moins que les voies naturelles.

On ne voit pas d'image ulcéreuse.

Par ailleurs, la forme et les contractures de l'estomac sont normales.

OBSERVATION VI

C... Ferdinand, 49 ans.

14 mars 1932 :

Le malade est envoyé avec le diagnostic de hernie étranglée. Il présente effectivement une grosse hernie scrotale à droite et une hernie inguinale plus petite à gauche, mais elles sont toutes les deux réductibles.

L'interrogatoire révèle un passé gastrique.

Depuis 3 jours le malade souffre de son abdomen.

Ce jour, à 10 heures, il a ressenti une douleur sus-ombilicale extrêmement violente.

A son arrivée à l'Infirmierie de porte, il présente une contracture de bois généralisée, une température à 38°4 et un pouls à 110. Le cul-de-sac de Douglas est distendu. La matité hépatique a disparu.

La perforation date de 8 heures.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale, qui découvre un ulcère perforé de la face antérieure du pylore. C'est une perforation lenticulaire siégeant sur un ulcère calleux d'une superficie un peu plus large que celle d'une pièce de deux francs.

Présence de liquide très abondant et de gaz.

Enfouissement en 2 plans et épiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Présence de liquide à gauche dans l'étage sous-mésocolique.

Mise en place d'un drain sus-pubien dans le cul-de-sac de Douglas.

Fermeture en 2 plans au catgut et fils métalliques d'appui en U.

Pronostic médiocre.

Examen bactériologique : Prélèvement à l'intervention : cultures stériles.

Le lendemain on fait une aspiration par le drain sus-pubien ; on fait des cultures : il pousse du staphylocoque blanc, provenant certainement d'une contamination.

15 mars 1932 :

La température reste à 38°5.

On injecte 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique par le drain.

22 mars 1932 :

Etat syncopal brusquement, le soir.

Pas de vomissements.

23 et 24 mars 1932 :

Melæna.

Etat général un peu affaibli, mais le poulx reste bien frappé.

1^{er} avril 1932 :

Le malade accuse depuis quelques jours une douleur à la base droite. La température oscille entre 38°2 et 37°6. On a l'impression d'une voussure de l'hémithorax.

A ce niveau, sonorité diminuant la matité hépatique.

A l'auscultation on entend des frottement pleuraux ; mais on ne perçoit pas de signes liquidiens.

A la palpation on sent une induration sous-hépatique.

2 avril 1932 :

Intervention (Docteurs Clavel et Carcassonne) :

Anesthésie locale.

Petite incision verticale en face de l'extrémité antérieure de la 11^e côte, sur la ligne axillaire antérieure.

Section des muscles grand oblique, petit oblique et transverse.

On tombe sur une coque lardacée, que l'on incise.

Des gaz malodorants s'échappent avec bruit ; 300 grammes de pus s'écoulent.

Mise en place de deux drains.

État général du malade médiocre.

Suites opératoires : Lavage de la poche au liquide de Dubas, par irrigation continue au moeyn de tubes de Carrel.

25 juin 1932 :

Le malade a repris 8 kilos.

Il digère bien, mais reste encore au régime.

OBSERVATION VII

S... Lorenzo, 36 ans.

24 août 1932 :

Le malade arrive à l'Infirmierie de porte avec les signes typiques d'une perforation d'ulcère datant de 5 heures, avec une température à 37°9.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparatomie sus-ombilicale qui découvre un ulcère perforé de la face antérieure du pylore. La perforation, qui est toute petite, siège sur un gros ulcère calleux.

Il y a peu de liquide dans le ventre.

Enfouissement.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Fermeture sans drainage, après aspiration de 100 grammes de liquide dans le cul-de-sac de Douglas.

Examen bactériologique : Cultures négatives

Suites immédiates : Très simples. La température n'a pas dépassé 38°.

3 septembre 1932 :

Le malade va bien ; il est à la salle Saint-Philippe.

Guérison.

GROUPE II

Présence de microbes

OBSERVATION VIII

G... Louis, 30 ans, gardien de paix.

24 mai 1932 :

Le malade éprouve brusquement, dans la matinée, une crise douloureuse abdominale, avec douleur épigastrique atroce, sans aucun vomissement immédiat. Il en a un dans l'après-midi.

Il est amené à l'Infirmierie de porte, où il est opéré d'urgence 11 heures après sa crise.

Antécédents gastriques : Depuis plusieurs années et surtout depuis deux ans, crises douloureuses abdominales, post-branchiales tardives, à irradiation scapulaire gauche. Pas de vomissements. Evolution par poussée.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale qui découvre un ulcère perforé de la face antérieure de la première portion du duodénum.

Suture et épiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Drainage par la fosse iliaque droite :

1° Drain dans le cul-de-sac de Douglas ;

2° Drain dans la gouttière pariéto-colique droite.

L'anesthésie a été très pénible. Le malade reste bleu et se réveille difficilement.

25 mai 1932 :

Suites opératoires : A 9 heures du matin, le malade a une forte dyspnée, du tirage sus-claviculaire ; un pouls incomp-

table ; de la cyanose des extrémités. Il a cependant le nez chaud.

L'auscultation montre :

à gauche : obscurité respiratoire presque complète.

La déviation du cœur n'est pas observée.

à droite : Le murmure respiratoire est également diminué.

Le ventre va bien.

Il s'agit d'une atelectasie pulmonaire post-opératoire.

(Le syndrome asphyxique est tellement net, qu'on croit tout d'abord que le malade a avalé son dentier.)

On lui fait 1/2 milligramme d'adrénaline en injection intra-veineuse, et on lui fait respirer de l'oxygène avec l'appareil à masque à hyperpression.

Le malade reprend connaissance.

Le pouls est à 160.

Il tousse, mais ne peut pas expectorer ; il a de gros râles trachéaux.

On lui trouve de l'emphysème sous-cutané dans les régions cervicales et dorsales supérieures.

A 14 heures : le Docteur Mounier Kühn fait une bronchoscopie d'urgence, avec aspiration.

On lui extrait 150 grammes de mucosités de la trachée et de la bronche gauche.

Le pouls est à 106 ; il est mieux frappé ; la dyspnée est moins vive.

Les suites sont simples à partir de ce moment-là.

Examen bactériologique : Examen direct : quelques polynucléaires et de petits cocci isolés et peu nombreux.

Cultures : après 48 heures, il pousse des cocci qui se mettent en chaînette après deux repiquages : ce sont des streptocoques non hémolytiques.

23 juin 1932 :

Examen radioscopique :

Poumon : Rien de particulier à signaler. Les mouvements du diaphragme sont normaux. Les culs-de-sac sont libres. Le réseau bronchique assez marqué. Le hilé gauche présente des ganglions apparents.

Estomac : Le bouton est en place. On fait ingérer un demi-verre de bouillie barytée qui le localise exactement au niveau de la bouche de gastro-entéro-anastomose.

7 septembre 1932 :

Le malade revient. Son poids a augmenté de 7 kilos depuis sa sortie du service.

A l'examen, il présente une cicatrice sus-ombilicale un peu faible à la partie moyenne, sans véritable éventration.

Cicatrisation de l'orifice de drainage par la fosse iliaque droite, sans aucune éventration.

Examen radioscopique :

Poumons : Hile un peu chargé également de chaque côté. Le diaphragme joue bien. Aucune séquelle visible de l'accident d'atelectasie.

Estomac : Le bouton est au niveau de l'ombilic, mobile avec l'estomac. L'ingestion de bouillie montre un estomac tonique, avec bon remplissage de la portion verticale au niveau de la gastro-entérostomie. D'emblée il y a filtration de la bouillie sous forme d'un mince filet qui vient remplir et distendre progressivement l'anse afférente. Le péristaltisme normal ne reprend qu'à 15 centimètres environ de l'orifice.

L'évacuation pylorique est plus tardive.

OBSERVATION IX

G... Benoît, 57 ans, employé au P.-L.-M.

27 octobre 1931 :

Il s'agit d'une perforation d'ulcère datant probablement de 24 heures ; mais avec atténuation des douleurs depuis la veille : c'est un ulcère perforé bouché.

Le malade présente de la contracture épigastrique, avec disparition, particulièrement nette, de la matité hépatique.

Il a des antécédents gastriques nets : depuis un an et demi il ressent des douleurs siégeant à l'épigastre, qui surviennent 3 à 4 heures après les repas, qui durent 2 à 3 heures et sont calmés par des alcalins. Ces douleurs se sont accrues progressivement depuis quinze jours et s'accompagnent de vomissements.

Intervention d'urgence à l'Infirmierie de porte.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale, qui découvre un ulcère perforé, bouché partiellement par le foie et siégeant sur la première portion du duodénum, à cheval sur le petit épiploon. Il est sur une zone calleuse étendue.

Fermeture par plicature gastrique ; fixation par languette hépatique, et épiplooplastie.

Mise en place d'un drain.

Gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay.

Fermeture au catgut et fils métalliques en U.

On place un drain sus-pubien.

Le liquide qui s'en écoule est en moyenne abondance.

Examen bactériologique : Le streptocoque pousse en 24 heures, en longues chaînettes.

29 octobre 1931 :

Suites immédiates très simples. La température ne dépasse pas 38°. Evacuation de gaz. Sérum hypertonique par voie rectale.

31 octobre 1931 :

Apparition d'un écoulement bilieux, abondant, par drain sus-ombilical.

On enlève le drain sus-pubien.

On fait absorber au malade 5 grammes de chlorure de calcium et 30 unités d'Insuline par jour.

3 novembre 1931 :

Le traitement au chlorure de calcium et à l'Insuline est continué.

La fistule se tarit peu à peu.

On enlève le drain sus-ombilical.

23 novembre 1931 :

Cet homme va très bien. Il sort en excellent état.

OBSERVATION X

G... Louis-François, 49 ans, employé au P.-L.-M.

18 novembre 1931 :

Ce malade a été opéré d'urgence à l'Infirmerie de porte pour une perforation d'ulcère datant de 6 heures. Température : 38°3.

Il a des antécédents gastriques nets.

On fait une anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale qui découvre une perforation dont la surface est égale à celle d'une pièce de cinquante centimes et siégeant sur un ulcère pylorique dont les bords sont calleux sur une petite étendue.

Suture.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Mise en place d'un drain sus-pubien. Le liquide qui s'en écoule est assez abondant.

Examen bactériologique : Sur les cultures, il pousse du streptocoque hémolytique.

Les suites immédiates sont troublées. Le malade a présenté des complications pulmonaires, avec une toux incoercible.

20 novembre 1931 :

On veut enlever les drains, mais on s'aperçoit que le pansement est souillé de sérosités.

Le malade est transporté à la salle d'opération, et on constate une éviscération d'une anse à côté du drain sus-pubien, qui est placé un peu trop loin du pubis.

Sous-anesthésie locale ; on fait un débridement et la réintégration de l'anse. Puis on met en place un fil de bronze.

Les suites sont dès lors excellentes, avec diminution progressive et régulière de la température, qui s'est maintenue quelques jours à 38°.

22 décembre 1931 :

Examen radioscopique : On ne trouve pas le bouton, ni à la radioscopie, ni à la radiographie.

12 mars 1932 :

Examen radioscopique : L'estomac est vide à jeun. Il se remplit rapidement, particulièrement atone. La bouillie barytée s'accumule dans le fond distendu et ptosé. Presque immédiatement, la bouillie s'écoule par la bouche de gastro-entéro-anastomose. Presque rien ne passe par le pylore.

OBSERVATION XI

P., Henri, 56 ans.

16 février 1932 :

Le malade arrive à l'Infirmierie de porte avec un ventre de bois. Il a eu des vomissements. Il a un pouls à 140 et une température à 37°7. Il a le nez froid.

On relève chez lui des antécédents gastriques.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un ulcère perforé calleux de la face antérieure du pylore.

Suture en deux plans et épiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Mise en place d'un drain sus-pubien.

Fermeture au catgut et aux fils métalliques en U.

Présence d'une grande quantité de liquide dans le ventre.

Pronostic pessimum.

Examen bactériologique : Le colibacille pousse sur les cultures.

18 février 1931 :

Décès.

OBSERVATION XII

G... Gustave, 27 ans, graveur.

22 mai 1931 :

Le malade, à son entrée à l'Infirmierie de porte, présente un syndrome de perforation d'ulcère datant de 30 heures

environ, avec contracture généralisée et disparition de la matité hépatique.

Le pouls est à 120. La température à 39°.

On trouve chez cet homme des antécédents ulcéreux nets : douleurs tardives post-prandiales, melæna.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale, par où s'écoule abondamment du liquide bilieux et purulent, avec des gaz en grande quantité.

On découvre un ulcère peu calleux de la face antérieure du pylore.

Suture en deux plans, au catgut, et épiplooplastie.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Mise en place d'un drain sus-pubien, par lequel on aspire un litre de liquide.

Pronostic fatal.

Examen bactériologique : L'examen direct montre du streptocoque.

Sur les cultures, poussent des streptocoques et des colibacilles.

23 mai 1931 :

Décès à 7 heures du matin, dix heures après l'intervention.

OBSERVATION XIII

C... Louis-Philippe, 46 ans, maçon.

4 novembre 1931 :

Le soir du 3 novembre, étant couché, le malade a ressenti brusquement une violente douleur, s'irradiant dans tout l'abdomen, avec des vomissements peu abondants. Il n'a fait appeler le médecin que le lendemain matin 4 novembre.

Il arrive à l'Infirmerie de porte avec un ventre de bois ; un pouls à 110 ; une température à 38°5.

Son état général est médiocre. Il a le nez froid.

On relève chez cet homme des antécédents gastriques nets.

On l'opère d'urgence à la 26^e heure après la perforation.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie sus-ombilicale, qui découvre un ulcère calleux de la petite courbure.

Suture ; plicature gastrique ; fixation au foie et à l'épiploon.

Gastro-entéro-anastomose précolique, au bouton de Jaboulay.

Fixation de l'estomac par une brèche épiploïque, (le méso-colon rétracté rend impossible la gastro-entéro-anastomose transmésocolique).

Mise en place d'un drain sus-pubien, par où s'écoulent des liquides abondants, qu'on prélève pour un examen bactériologique.

Pronostic pessimum.

Examen bactériologique : On trouve du streptocoque à l'examen direct.

Sur les cultures pousse du streptocoque hémolytique.

Le soir de l'intervention, le malade a une température de 39°3, un bon pouls ; il ne présente pas de vomissements.

On lui injecte 20 cc. de sérum antistreptococcique par le drain sus-pubien.

6 novembre 1931 :

On enlève le drain sus-pubien.

14 novembre 1931 :

La température continue à osciller.

On constate la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une collection que le toucher rectal ne permet pas de localiser.

Le Docteur Clavel fait le diagnostic d'abcès résiduel d'une péritonite, et propose l'intervention. Mais l'abcès paraît mal localisé et on préfère attendre.

18 novembre 1931 :

Le ventre du malade est légèrement météorisé. On ne sent plus l'abcès, mais la température est à 37°8 et le pouls à 100. L'état général est grave. Il semble s'agir d'une péritonite secondaire à l'ouverture spontanée d'un abcès.

21 novembre 1931 :

Le ventre, qui était malgré tout assez souple, devient le matin tendu à l'extrême, prenant l'aspect du ventre péritonitique.

Le pouls est à 130 et reste bien frappé.

Le malade succombe à une péritonite septique diffuse.

Autopsie : Le Docteur Clavel trouve, dans la fosse iliaque droite, une cavité d'abcès énorme, fissurée, ayant déterminé une péritonite.

L'abcès est séparé du drainage sus-pubien par un magma d'anses agglutinées où se trouve le bouton en migration, sans occlusion ni perforation.

Le cul-de-sac de Douglas est vide.

La perforation est bien oblitérée, l'ulcère non cicatrisé.

Un autre ulcus se trouve sur la petite courbure, peu profond, à 7 centimètres du pylore.

La gastro-entéro-anastomose est très bien ; l'affrontement des muqueuses est parfait ; son orifice admet le pouce.

OBSERVATION XIV

C... Antoine, 54 ans.

24 août 1932 :

Le malade arrive à l'Infirmierie de porte à la 5^e heure d'une perforation d'ulcère avec un syndrome typique.

On trouve dans les antécédents de cet homme un passé gastrique net.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparatomie sus-ombilicale, qui montre un ulcère perforé de la face antérieure de la première portion du duodénum. Il est juxta-pylorique et très calleux. La perforation est étendue. Il y a beaucoup de liquide épanché.

Enfouissement.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Mise en place de deux drains dans la fosse iliaque droite, en faisant une controuverture immédiate, suturée à 3 plans de catgut.

Examen bactériologique : Examen direct : nombreux débris alimentaires.

Cultures : Il pousse du streptocoque non hémolytique.

25 août 1932 :

Ablation des drains.

Suites immédiates : On assiste à des complications pulmonaires du type asphyxique. On fait inhaler de l'oxygène au malade et on lui fait des injections d'adrénaline. Il est transformé en 48 heures.

4 septembre 1932 :

Cet homme va très bien. On le transporte à la salle Saint-Philippe.

16 septembre 1932 :

Etant donné la présence du streptocoque dans le liquide d'épanchement péritonéal, on garde le malade en observation, car on sait que le pronostic est médiocre.

L'état général s'améliore lentement, mais le malade n'a jamais été apyrétique.

Puis apparition d'un point de côté, à droite, ayant nécessité de la morphine, avec une grosse dyspnée.

Examen : Matité de presque tout l'hémithorax, avec skodisme claviculaire. Obscurité respiratoire, sans râles. Souffle à la pointe. Egophonie. Abolition des vibrations locales.

Ponction exploratrice qui ramène un liquide louche, à surveiller.

19 septembre 1932 :

Ponction exploratrice dans le 7^e espace, qui ramène du pus gangreneux.

Le Docteur Clavel fait une pleurotomie avec drainage au tube de Cavaillon.

23 septembre 1932 :

Examen bactériologique du liquide pleural : ne montre pas d'éléments cellulaires, en particulier de polynucléaires.

Quelques petits cocci à l'examen direct.

Sur les cultures : pousse du staphylocoque blanc provenant vraisemblablement d'une contamination.

24 septembre 1932 :

Après la pleurotomie, on constate une amélioration considérable.

On injecte sous la peau et dans la plèvre du malade, du sérum antigangreneux, antistreptococcique et antibacillaire : 40 cc. par jour environ.

27 septembre 1932 :

Le drain tombe ; il en résulte une rétention, accompagnée d'une poussée thermique au voisinage de 40°. On remet le drain.

La température baisse à nouveau, mais l'état général reste médiocre ; apparition d'une escarre sacrée, extrêmement profonde.

Le malade succombe à la cachexie.

OBSERVATION XV

M... Jean, 60 ans.

31 juillet 1931 :

Le malade est adressé à l'Infirmierie de porte de l'Hôtel-Dieu par le Docteur Payronnet, qui l'a vu pour la première fois le 31 à 16 heures 30. Il présentait de la gastralgie, avec douleurs abdominales diffuses et vomissements ; résistance de la paroi ; pouls lent et petit. On trouve un passé gastrique dans ses antécédents.

A son arrivée à l'Infirmierie de porte, le malade présente un syndrome net de perforation gastrique, datant de 7 heures environ. Pas de vomissements. Température à 39°. Contracture de bois généralisée.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale qui découvre un énorme ulcère calleux de la petite courbure. Cet ulcère, d'une surface d'une petite paume de main, siège au tiers supérieur de la petite courbure, et présente une perforation

à peu près égale à la surface d'une pièce de cinquante centimes.

Présence de liquide extrêmement abondant et de débris alimentaires.

Oblitération précaire de la perforation par un plan total, avec plicature gastrique et cloisonnement avec foie et épiploon.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay, le plus haut possible. L'estomac est très déformé par la suture.

Mise en place d'un drain sus-pubien.

Fermeture en deux plans au catgut et aux fils métalliques en anses.

Examen bactériologique : Ensemencement 8 heures après sur milieu aérobie et anaérobie.

Au 4^e jour, il pousse du streptocoque atypique, qui se met en chaînettes au 6^e jour.

15 août 1931 :

Les suites immédiates ont été très simples. Cet homme va très bien.

21 août 1931 :

La température monte à 39°5 ; des complications pulmonaires apparaissent : bronchite diffuse avec des signes creux dans l'espace interscapulo-vertébral droit. Présence d'ascite.

On fait lever le malade le plus tôt possible ; on lui fait des injections de vaccin de Weill et Dufour. La température s'est stabilisée ; on ne constate plus d'ascite.

Examen des crachats : Absence de bacilles de Koch. L'examen direct montre de très rares chaînettes de cocci à gram +.

28 août 1931 :

Radioscopie : Présence du bouton sur la ligne médiane, à 6 centimètres au-dessous du point déclive de l'estomac, sur le premier segment jéjunal.

Evacuation très rapide par le pylore. Le malade n'a pu absorber que peu de baryte, si bien qu'il est impossible de dire si la béance du pylore n'aurait pas fait place à une évacuation par la gastro-entérostomie.

En somme : Sur 7 cas d'épanchements amicrobiens, une seule mort, indépendante de l'état de l'abdomen.

Les cas guéris, ont guéri simplement, sauf un.

Sur 8 cas d'épanchements microbiens : 4 morts, soit 50 %.

Les cas guéris ont eu des complications qui ont retardé la guérison.

OBS.	SEXE.	AGE.	SIÈGE DE LA PÉRIODITE	HORAIRE	TEMPER.	Pouls.	SIÈGE DU LIQUIDE	TECHNIQUE OPÉRA- TOIRE.	EXAMEN DIRECT DU LIQU.	CULTURES	COMPLICATIONS.	TERMI- NAISON.
I	H.	51	PRE- PYLORIQUE	5 ^a	ARRÉT.		SUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. DRAIN S.-P.		0	PULMONAIRES.	GUÉRI.
II	H.	21	DUOD. 1 ^{er} PORT.	5 ^a	ARRÉT.	80	SUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. DRAIN S.-P.	0	0	0	GUÉRI.
III	H.	47	DUOD. 1 ^{er} PORT.	8 ^a	37° 1/4	110	SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A.T. DRAIN S.-P.	0	0	0	GUÉRI.
IV	H.	44	PYLORE	11 ^a	37° 4	100	SUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. DRAIN S.-P.		0	BRONCHO-PNEUM.	MORT.
V	H.	33	PYLORE	2 ^a	38° 5	80	SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A.T. DRAIN S.-P.		0	0	GUÉRI.
VI	H.	49	PYLORE	8 ^a	38° 4	110	SUS-ET SOUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. DRAIN S.-P.		0	ABÈS SOUS-HÉPAT.	GUÉRI.
VII	H.	36	PYLORE	5 ^a	37° 9		SUS-MESO- colique ET cul de SAC DE DOUGLAS.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T.		0	0	GUÉRI.
VIII	H.	30	DUOD. 1 ^{er} PORT.	11 ^a			SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A.T. DRAIN DANS LA FOSSE IL. D ^{re} .	Polyn. + Coccis isolés	STREPTO NON HEMOLYT.	ATÉLECTASIE PULM. POST-OPÉRAT.	GUÉRI.
IX	H.	57	DUOD. 1 ^{er} PORT.	24	38° 5		SUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. DRAIN S.-P.		STREPTO	GROSSE FISTULE DUODÉNALE.	GUÉRI.
X	H.	49	PYLORE	6 ^a	38° 3		SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A.T. DRAIN S.-P.		STREPTO NON HEMOLYT.	PULMONAIRE ET EVISÉRAT. D'UNE ANSE PAR LE DRAIN S.-P.	GUÉRI.
XI	H.	56	PYLORE	21 ^a	37° 7	140	SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A.T. DRAIN S.-P.		Coli.	PERITONITE.	MORT.
XII	H.	27	PYLORE	30 ^a	39°	120	SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A.T. DRAIN S.-P.	STREPTO	STREPTO ET Coli.		MORT.
XIII	H.	46	PETITE COURBURE	26 ^a	38° 5	110	SUS-MESO- colique.	SUTURE G.E.A. PRE- COLIQUE. DRAIN S.-P.	STREPTO	STREPTO HEMOLYT.	RUPTURE D'UNE COLLECTION DE LA FOSSE ILIAQUE D ^{re} . DANS LE G ^{re} PERITONÉ.	MORT.
XIV	H.	54	DUOD. 1 ^{er} PORT.	5 ^a			SUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. 2 DRAINS		STREPTO NON HEMOLYT.	PULMONAIRES. DYSPNÉE-ASPHYX. PUIS PLEURÉSIE PURULENTE.	MORT.
XV	H.	60	PETITE COURBURE	7 ^a	39°		SUS-MESO- colique.	ENFOUISSEMENT G.E.A.T. DRAIN S.-P.		STREPTO	BRONCHITE DIFFUSE ET UN FLEU D'ASCITE.	GUÉRI.

Tableau résumant les 15 Observations que nous apportons
dans ce travail.

G.E.A.T. signifie gastro-entéro-anastomose transmésocolique.

DRAIN S.P. signifie Drain sus-pubien.

DEUXIÈME PARTIE



Essai d'interprétation



CHAPITRE PREMIER

Technique de l'examen bactériologique

Pour que les faits soient comparables entre eux, et qu'on puisse tirer, des réponses du laboratoire, des indications pronostiques, il faut que des examens bactériologiques soient pratiqués avec méthode.

Les causes d'erreur sont, en effet nombreuses, qui peuvent fausser les résultats, malgré la compétence du bactériologiste. Les prélèvements et le transport des tubes contenant les liquides à examiner, doivent être faits dans des conditions précises. Ces conditions sont difficiles à réaliser : l'intervention est pratiquée d'extrême urgence, dans des conditions qui ne permettent souvent pas d'avoir sous la main le matériel nécessaire au prélèvement. Le prélèvement, s'il est fait, est exposé à de nombreuses causes de contamination. Si le laboratoire n'est pas mitoyen du service d'urgence, les liquides prélevés passent plusieurs heures dans des conditions qui contrarient le développement des cultures : tel liquide

amicrobien se trouvera infecté secondairement ; tel autre liquide contenant peut-être des microbes, verra ceux-ci étouffés par une contamination, ou tués par le froid.

Voici la technique que nous avons suivie :

1° *Prélèvements.* — Les prélèvements sont faits à la seringue autoclavée, tantôt à même la perforation, tantôt dans l'étage sus-méso-colique aussitôt le péritoine ouvert, tantôt dans le Douglas au moment du drainage sus-pubien. Parfois enfin, un nouveau prélèvement fut pratiqué avant l'ablation du drain sus-pubien, au travers de celui-ci. Ces quatre types de prélèvements n'ont malheureusement pas été réalisés dans tous les cas, et nous avons signalé au fur et à mesure l'origine des liquides examinés. Quand aucune indication particulière n'est donnée dans l'observation, c'est que les liquides ont été prélevés dès l'ouverture du péritoine.

Le liquide prélevé est placé dans des tubes stériles, qu'on bouche dans la flamme d'un bec Bunsen. Les tubes sont mis à l'étuve le plus tôt possible. Si on attend plusieurs heures, si on expose les tubes au froid, les examens perdent leur valeur.

2° *Examen direct.* — Il est souvent difficile à cause de la présence de débris alimentaires, qui forment de gros paquets opaques dans le champ du microscope. Il ne permet pas, en général, d'affirmer la stérilité d'un liquide, mais il conserve néanmoins une

grande valeur lorsqu'il est positif et fait constater la présence d'un microbe. C'est ainsi que dans l'Observation XII, le streptocoque a été constaté dès le premier examen. De même dans l'Observation XIII. Il n'est pas téméraire de penser que dans des conditions d'installation matérielle meilleures, la bactériologiste pourrait pratiquer l'examen direct pendant le cours même de l'intervention, fournissant ainsi au chirurgien des données fructueuses, notamment au point de vue de l'indication du drainage.

3° *Cultures*. — Elles ont été faites dans tous les cas :

Sur bouillon T anaérobie,

Sur bouillon aérobie,

Sur boîtes de gélose sanglante.

Les résultats des cultures ne sont pas aussi rapides qu'on le désirerait : dans un cas, le streptocoque a poussé dès le premier jour ; mais il faut généralement deux ou trois jours avant qu'une réponse puisse être fournie avec certitude.

Le *colibacille* pousse rapidement (12 à 24 heures). Il est facilement identifiable : sur gélose ses colonies sont larges et transparentes ; c'est un bacille mobile, qui ne garde pas le gram. Ce sont les caractères qui font soupçonner le coli ; On sera certain qu'il s'agit bien de lui en le mettant sur les milieux usuels d'identification : bouillons lactosés tournesolés, rouge neutre, etc... Au bout de 12 à 24 heures encore, le bouillon lactosé tournesolé vire au jaune citron. Il

font donc de 24 à 48 heures au moins, pour identifier sûrement le colibacille.

Nous n'avons pas trouvé d'*entérocoque*, de *pneumocoque*, ni de *staphylocoque doré*, ou *citrin*.

Quant au *streptocoque*, ses cultures sont en général *beaucoup plus lentes, de 24 heures à trois ou quatre jours*, ses formes de début de culture sont anormales parfois, les colonies sont moins fournies. Sur gélose sanglante, il faudra CHERCHER les colonies, elles sont petites, de la grosseur d'une tête d'épingle en métal, et si le liquide péritonéal est contaminé, il est souvent difficile de les distinguer et de les saisir, pour les isoler ensuite par repiquages.

On parvient cependant, dans la plupart des cas, les prélèvements étant faits avec une certaine habitude, à obtenir des colonies de streptocoques pures. Ce sont parfois des *streptocoques hémolytiques*, c'est-à-dire des streptocoques qui créent une zone d'hémolyse autour d'eux dans la gélose sanglante ; mais le plus souvent, ce sont des streptocoques non hémolytiques, et non viridans. Ces microbes sont en chaînettes, de plus de quatre éléments, souvent longues (jusqu'à 20 ou 25 éléments). Ils n'ont pas de capsule, sont immobiles, et gardent le gram.

Les *milieux anaérobies stricts* ne nous ont pas donné de résultats particuliers : nous n'y avons toujours trouvé que les microbes qui poussaient en aérobies, mais aucun microbe anaérobie donnant des gaz. Nous croyons donc que dans des liquides péritonéaux d'ulcères perforés, pendant les heures qui suivent la perforation, la présence d'anaérobies est exception-

nelle. Ce n'est que dans les abcès secondaires et résiduels, que l'on pourra trouver des anaérobies provenant sans doute de l'intestin voisin.

Nous n'avons pas cru devoir retenir, dans nos cultures, le staphylocoque blanc, ni les levures ; à notre avis, ce sont ou bien des hôtes normaux non pathogènes de l'estomac, ou bien des éléments dus à une contamination par prélèvement incorrect.

En somme le bactériologiste fournira deux réponses aux questions du chirurgien.

1° *par l'examen direct*, il ne pourra fournir qu'un aperçu de la flore bactériologique de l'ulcère et des liquides péritoneaux. La réponse n'aura de valeur que si elle est positive, et dans ce cas elle pourra être obtenue en quelques minutes. Si la réponse est négative, elle ne prouve pas que le liquide soit amicrobien.

2° *par des cultures*, le bactériologiste obtiendra la certitude : il pourra dire ou bien liquide aseptique, ou bien présence de tel ou tel agent pathogène. Mais cette certitude ne pourra être acquise qu'au bout de 48 heures parfois, et souvent de trois ou quatre jours.

On nous objectera qu'au bout de ce laps de temps, le sort de l'opéré est le plus souvent jugé : il n'en est rien, et nous avons pu, à plusieurs reprises, prévoir une complication tardive chez un malade qui paraissait hors de danger, mais dont les liquides péritoneaux contenaient du streptocoque hémolitique (Observation XV).

CHAPITRE DEUXIÈME

Evolution des épanchements aseptiques

Dans presque tous les cas où l'épanchement péritonéal s'est révélé stérile, le malade a guéri et il a guéri rapidement sans complications.

Suites immédiates. — Sur nos 8 cas personnels, il n'y a qu'un cas de mort. Cette mort n'est pas imputable directement à l'ulcère : elle a été en quelques sortes accidentelle, le malade ayant dû être transporté au cinquième jour, après une opération et ayant contracté — c'était en janvier — une broncho-pneumonie mortelle. L'autopsie a montré que l'épanchement péritonéal était résorbé, les sutures étanches, l'ulcère presque disparu (Observation IV).

Les *suites opératoires* ont été, en général, des plus simples, les gaz ont été émis à la 36^e heure et les suites ressemblaient à celles d'une gastro-entérostomie pour ulcère non compliqué. La température ne

dépasse guère 38° ou 38°4. Voici une courbe de température typique de l'évolution post-opératoire de ces épanchements stériles (Figure 1).

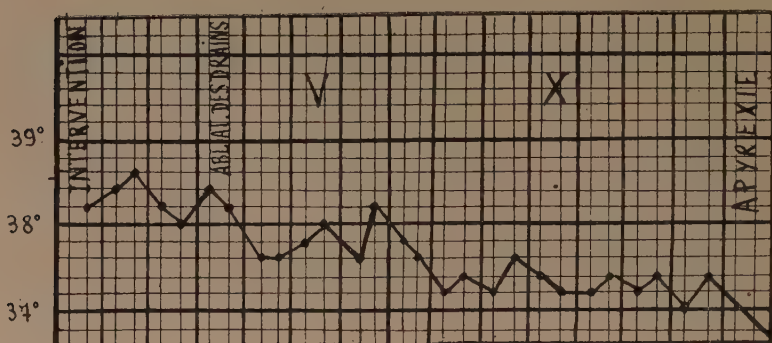


FIGURE 1. — Courbe thermique de l'Observation V
(Les chiffres romains indiquent les jours écoulés après l'intervention.)

Cependant, un malade, âgé de 49 ans (Observation VI), présenta, le 19^e jour, un abcès résiduel qui dût être évacué chirurgicalement, et contenait du pus mêlé de gaz (anaérobies).

Aucun de ces malades n'est mort de péritonite.

Les Observations que nous avons recueillies dans la littérature contiennent peu de détails sur l'évolution de ces épanchements aseptiques. A ce point de vue, 13 Observations seulement sont utilisables, car sur 27 cas où est mentionnée la stérilité du liquide épanché, il y en a 14 où les suites opératoires ne sont pas indiquées, pas même la terminaison de la maladie : mort ou guérison. On pourrait supposer

qu'elles ont été bonnes, mais rien ne nous y autorise.

Sur 13 Observations qui sont utilisables, il y a 7 guérisons et 6 morts.

Parmi les guérisons, aucune complication n'est signalée.

Parmi les causes de mort, il y a à noter :

1° une crise de dyspnée, avec asphyxie, survenue brusquement au 3^e jour, alors que tout permettait d'espérer la guérison. Le malade a été emporté en une heure.

2° une infection pulmonaire.

3° une gastrorrhagie apparue brusquement au 5^e jour. Le malade est mort en quelques minutes. Il s'agissait d'un malade venu pour des troubles dus à un ulcère gastrique. On le radiographie après ingestion de bouillie bismuthée. On lui découvre une très jolie niche de Handeck. Le lendemain, le malade présentait brusquement un syndrome de perforation d'ulcère. Opéré d'urgence, on trouve dans le liquide épanché, des parcelles de bismuth. L'intervention avait été parfaite, tout s'annonçait bien, lorsque, au 5^e jour, survint cette gastrorrhagie fatale. Quant aux autres décès, rien n'est mentionné à leur sujet.

Suites éloignées. — Cinq malades ont été revus de plusieurs mois à deux ans après l'intervention. Leur résultat clinique et radioscopique se montre satisfaisant. Aucun n'a dû être réopéré.

Ces cas sont trop peu nombreux, et observés pendant un laps de temps trop court pour qu'on puisse dire s'il existe un rapport entre l'état bactériologique de l'ulcère et la valeur du résultat opératoire.

CHAPITRE TROISIÈME

Evolution des épanchements infectés

La présence des microbes pathogènes dans les liquides péritonéaux n'est pas un arrêt de mort, mais elle comporte presque la certitude que les suites opératoires seront troublées.

Suites immédiates. — Sur nos 8 cas, 4 malades sont morts. L'un a succombé en 10 heures, l'autre en 48 heures. Ces deux malades avaient été opérés tardivement : respectivement 30 heures et 21 heures après la perforation. L'examen bactériologique (streptocoque, colibacille) n'a fait que confirmer le pronostic fatal, qui était évident de par l'examen clinique. La mort a été due à la péritonite.

Les deux autres malades opérés, l'un à la 20^e heure, l'autre à la 5^e sont morts, l'un au 21^e jour, l'autre deux mois après. Le premier est mort de péritonite par rupture d'abcès secondaire, le second a succombé

à une pleurésie purulente droite. Dans les deux cas il s'agissait de streptocoque.

Si nous consultons les Observations de la littérature, nous voyons que la mortalité globale est de 60 % dans ces épanchements infectés ; 22 % pour Judine.

Même dans les cas qui guérissent, les suites opératoires sont rarement simples : la courbe de température est irrégulière, le pouls instable (Figures 2 et 3).

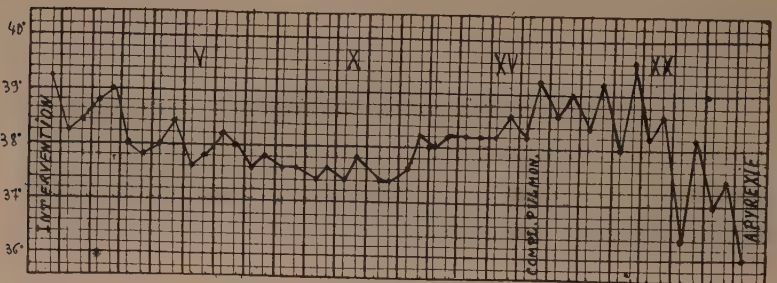


FIGURE 2. — Courbe de température de l'Observation XV
Fièvre au moment de l'intervention. Epanchement septique : streptocoque. Suites troublées : complications pulmonaires. Sort guéri le 32^e jour après l'intervention.
(Les chiffres romains indiquent les jours écoulés depuis l'intervention.)

Il y a souvent un peu de flot à la palpation de l'Abdomen, ce qui rend évidente la difficulté qu'éprouve le péritoine à résorber les liquides épanchés. De plus, les complications sont presque la règle : Collections secondaires dans le pelvis, dans la fosse iliaque droite, ou dans la région sous-hépatique ; fis-

tule duodénale ; éviscération ; complications pleuro-pulmonaires ; telles sont les complications que nous relevons dans nos cas.

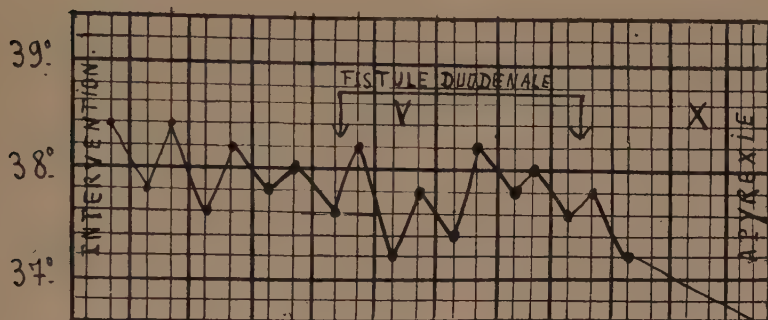


FIGURE 3. — *Courbe de température de l'Observation IX*
Fièvre au moment de l'intervention. Epanchement septique : streptocoques. Suites troublées : Fistule duodénale. Sort guéri le 27^e jour après l'intervention.

Il faut donc surveiller de très près les suites opératoires dans les cas où le laboratoire a décelé du streptocoque ou du colibacille dans l'épanchement péritonéal. On pourra ainsi pallier à temps à quelques-unes de ces complications.

Suites éloignées. — De nos huit malades, les quatre survivants ont été revus à quelques mois de distance. Dans l'ensemble, l'état de leur digestion était satisfaisante. L'examen radiologique montre une évacuation rapide de la bouillie barytée, soit par le pylore, soit par la bouche de gastro-entérostomie. Dans

un cas on note la présence du bouton anastomotique un mois après l'intervention.

Nous ne pouvons dire si la septicité de l'ulcère a influé ou non sur la qualité des résultats éloignés. Nous n'avons pas noté d'ulcères peptiques. Evidemment ces cas sont très peu nombreux et le recul n'est pas suffisant.

CHAPITRE QUATRIÈME

Parallèle entre le pronostic clinique *et le pronostic bactériologique*

L'examen bactériologique fournit donc des renseignements intéressants, et sa valeur pronostique n'est pas négligeable. Il permet de dire en somme :

1° Si l'épanchement est stérile, le malade guérira presque sûrement, et sans complications ; il y a neuf chances sur dix de guérison.

2° Si l'épanchement est microbien, le malade n'est pas condamné, mais il y a près de 50 % de risques mortels. Même s'il doit guérir, il est exposé à des complications péritonéales, pariétales, ou pleuro-pulmonaires.

Mais il ne faut pas oublier que l'examen bactériologique donne rarement une réponse immédiate (Observation XIII). Le plus souvent, la réponse ne parvient que 48 heures à 3 jours après l'intervention. A ce moment le chirurgien a déjà établi son pronostic clinique.

Nous devons donc poser la question : Qu'ajoute le pronostic bactériologique, au pronostic clinique ? Si la clinique et la bactériologie sont en désaccord, laquelle mérite le plus de confiance ?

Le pronostic clinique est basé sur :

1° *L'horaire de la perforation* : Pronostic bon si l'opération est faite dans les 12 premières heures ; médiocre si l'on intervient après la 12^e heure.

2° *La température et le pouls*, au moment de l'intervention. Pronostic mauvais quand la température dépasse 39°, surtout si le pouls est dissocié d'avec la température.

3° *Le siège de la perforation*. Le pronostic serait meilleur dans les ulcères gastriques vrais, que dans les ulcères duodénaux (1).

4° *La quantité des liquides répandus dans l'abdomen*, leur diffusion dans tous les étages de la cavité péritonéale ; l'odeur fétide et non plus aigrelette, comme est l'odeur normale des liquides gastriques, serait d'un fâcheux augure.

D'une façon générale, il y a concordance entre les résultats de l'examen bactériologique et les présomptions fournies par l'examen du malade.

(1) Le siège duodénal ou gastrique de l'ulcère, ne semble pas influencer sur son état bactériologique. Sur 8 cas amicrobiens, nous notons 6 ulcères gastriques, 2 ulcères duodénaux (une seule mort). Sur 8 cas où l'examen bactériologique fut positif, il y avait 5 ulcères gastriques (3 morts, 2 guéris), 3 ulcères duodénaux (1 mort, 2 guéris).

Dans huit cas où le liquide péritonéal était stérile, la perforation datait de moins de 12 heures. La température était inférieure à 38, et le pouls ne dépassait pas 90 (sauf un cas : l'Observation VI ; 38°4 - 110). Les liquides cependant, sauf dans un cas (Observation VII), étaient abondants et diffusés dans tout l'abdomen, nécessitant un drainage, ou tout au moins une aspiration du contenu du cul-de-sac de Douglas.

Nous trouvons, dans la littérature, quelques exceptions : liquides stériles, prélevés chez des malades opérés à la 20^e ou 30^e heure, qui succombèrent par la suite. Nous en avons parlé au Chapitre II. C'est le malade de Oudard et Jean, qui succomba à une brusque crise de dyspnée ; celui de Bourdes, qui est emporté par une gastrorrhagie foudroyante, en quelques minutes ; celui de Mathieu qui meurt à la suite d'une infection pulmonaire.

Les conditions dans lesquelles furent faits les prélèvements n'étant pas indiqué par les auteurs, on peut se demander si la technique des examens du laboratoire ou un trop long intervalle de temps entre le prélèvement et l'ensemencement n'est pas responsable du résultat négatif fourni par le bactériologiste.

Dans les huit cas où le liquide péritonéal contenait des microbes, l'horaire de la perforation était le suivant : 30^e heure, 28^e heure, 21^e heure, 24^e heure, 11^e heure, 7^e heure, 6^e heure, 5^e heure. L'état de la température était respectivement pour ces cas, de : 39°, 120 ; 38°5, 110 ; 37°7, 140 ; 38°5, 110 ; 38°, 100 ; 39°, 114 ; 38°2, 108 ; 37°9, 90. Les liquides péritonéaux étaient abondants dans tous les cas.

Cliniquement le pronostic était mauvais dans quatre cas (plus de 20 heures), médiocre dans un (fièvre et pouls rapide), bon dans trois (opérés précocement, état général bon).

Le pronostic clinique a coïncidé avec le pronostic bactériologique dans six cas : 3 cas mortels, 3 cas guéris. Dans un cas (24^e heure, streptocoque, Observation IX), le pronostic mortel clinique et bactériologique fut en défaut, mais la guérison fut lente, et faillit être compromise par une fistule duodénale. Dans un cas enfin (Observation XIV, 5^e heure), la clinique faisait porter un bon pronostic, mais le résultat de l'examen bactériologique (streptocoque), incitait à la méfiance. De fait, ce malade, au lieu d'être renvoyé chez lui le 20^e jour, fut gardé en observation, et les signes d'une pleurésie purulente se manifestèrent peu à peu.

Nous nous croyons autorisés à dire que le pronostic bactériologique des ulcères perforés a sa place à côté du pronostic clinique. Sa valeur n'est pas plus absolue que celle de la clinique, mais c'est un argument de plus, nullement négligeable qui vient s'ajouter à ceux que fournit l'examen du malade. Et dans les cas où tout cliniquement laisse porter un bon pronostic, il faut, si l'examen bactériologique a mis en évidence du colibacille, du streptocoque, et surtout du streptocoque hémolytique, porter un pronostic réservé. Même si son état paraît satisfaisant, dans les suites opératoires immédiates, il faut le suivre de près, car l'apparition d'une complication demeure possible sinon probable.

CONCLUSIONS

I. — L'examen bactériologique des liquides péritonéaux recueillis au cours de l'intervention pour perforation d'ulcère gastro-duodénaux n'a pas seulement un intérêt scientifique. Il peut fournir des renseignements pratiques sur le pronostic.

II. — Une technique rigoureuse doit être observée dans l'exécution des prélèvements, des examens directs, et des cultures, si l'on veut obtenir des résultats comparables entre eux.

III. — L'examen direct a pu fournir parfois des renseignements immédiats, avant même que le chirurgien ait terminé son opération. Ces renseignements peuvent être utilisés pour discuter l'indication du drainage. Ils aident à fixer le pronostic immédiat.

IV. — Le plus souvent on n'obtient des résultats certains que par les cultures, dans un délai de 48 heures à 3 jours. Ces résultats sont fort utiles, car le sort des malades est loin d'être fixé le 3^e jour. Certains sont déjà morts, mais les survivants sont exposés à des complications, dont les plus redoutables sont les abcès secondaires pelviens, pariéto-colique,

sous-hépatique, et les complications pleurales. Les sérums antistreptococciques, anticolibacillaires, peuvent être essayés dans ces cas.

V. — Les opérés dont les liquides péritonéaux sont aseptiques, guérissent sans complications dans la proportion de 95 %.

Quand les liquides sont infectés, la mortalité est de 50 % ; les suites opératoires sont presque régulièrement troublées par des complications.

VI. — Le pronostic clinique et le pronostic bactériologique sont en général d'accord. Cependant, quand un malade opéré dans les premières heures, avec les éléments cliniques d'un bon pronostic, présente un liquide péritonéal infecté, il faut le surveiller de près pendant un mois au moins, car il reste exposé à des complications péritonéales ou pleurales, que la clinique seule ne laissait pas prévoir.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- * APPELMANS (R.) et VASSILIADIS (P.). — Etude sur la flore microbienne des ulcères gastro-duodénaux perforés et des cancers gastriques. (Rapport à la Société belge de Biologie.) — *Revue belge de Sciences médicales*, t. IV, n° 3, mars 1932, p. 198.
- BASSET (A.) — Gastro-pylorctomie d'emblée pour ulcère perforé de l'estomac ; au sujet d'une observation de M. Courty, de Lille. (Rapport à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 21 octobre 1926.) — *B. et M. Soc. de Chir. de Paris*, t. LI, 1925, p. 888.
- CLAVEL (Ch.) et CLAVEL (J.). — Essai sur le pronostic bactériologique des ulcères gastro-duodénaux perforés. (Communication à la Soc. de Chir. de Lyon, séance du 19 mai 1932.) — *Lyon Chirurgical*, t. XXIX, 1932, p. 759.
- DELBET (P.). — Les ulcères perforés du duodénum. (Communication à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 9 juin 1920.) — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, p. 871.
- Au sujet de huit observations d'ulcères duodéno-gastriques perforés, apportées par Girode. (Rapport à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 11 avril 1923.) — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. XLIX, 1923, p. 542.
- DUVAL (P.). — A propos de huit cas d'ulcères perforés de l'estomac, apportés par le Docteur Kotzareff (de Genève). (Rapport à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 20 octobre 1920.) — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, p. 1138.

- Communication à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 14 juin 1922. — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. XLVIII, 1922, p. 854.
- Au sujet de sept observation d'ulcus gastriques perforés, apportés par Ch. Mathieu, de Nancy. (Rapport à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 14 mai 1924. — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. L, 1924, p. 602.
- * FLEMING. — Causes de mort dans les perforation aiguës des ulcères gastro-duodénaux. — *The journal of the American Medical Association*, vol. xcvii, n° 1, 4 juillet 1931, pp. 6-11.
- GIBSON (Ch.). — Perforation aiguë de l'estomac et du duodénum. (Communication à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 11 juillet 1923.) — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, t. XLIX, 1923, p. 1069.
- GRÉGOIRE (R.). — Ulcères gastriques perforés en silence. (Communication à la Soc. Nat. de Chir., séance du 12 février 1930.) — *B. et M. Soc. Nat. de Chir.*, t. LVI, 1930, p. 225.
- HARTMANN. — Sur le traitement des ulcères perforés en péritoine libre. (Rapport à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 17 octobre 1923.) — *B. et M. Soc. Chir. Paris*, t. XLIX, 1923, p. 1114.
- Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — Chirurgie de l'estomac. — *Travaux de Chirurgie*, t. I, 6° série, 1926, p. 84.
- JUDINE (S.-S.). — Statistique de 116 cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — *Journal de Chirurgie*, t. XXVIII, août 1931, p. 159.
- LECÈNE (P.). — Deux cas d'ulcère perforé du duodénum, apportés par J.-L. Roux-Berger. (Rapport à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 21 avril 1920. — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, p. 578.
- Raport à la Soc. de Chir. de Paris, séance du 7 juillet 1920. — *B. et M. Soc. Chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, p. 1059.

* MASSA et BERTONE. — Considérations sur quelques cas de perforations par ulcère gastrique. — *Minerva Medica*, 11 août 1929, an ix, vol. II, ns 32, page 193-202.

LOUDARD. — Cinq cas d'ulcères pyloriques ou duodénaux. (Société de Chir. de Paris, Séance du 20 février 1924.) — *B. et M. Soc. ch. de Paris*, T. L, 1924, p. 279.

LOUDARD et JEAN. — Ulcères duodénaux pyloriques perforés. (Soc. de Ch. de Paris, Séance du 7 mars 1923.) — *B. et M. Soc. de Ch. de Paris*, T. XLIX, 1923, p. 381.

PROUST (R.). — A propos de 13 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés, apportés par Bourdes. (Soc. Nat. de Ch., Séance du 14 octobre 1931.) — *B. et M. Soc. Nat. de Ch.*, T. LVII, 1931, p. 1171.

RADIOEVITCH. — Du meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. — *Revue de chirurgie*, T. LXIII, 1925, p. 161.

UHLRICH (P.). — De la gastro-pylorectomie et de la duodénopylorectomie immédiates, dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — *Rev. de Chir.*, T. LIX, 1921, p. 467.

* Les articles marqués d'un astérisque sont ceux dont nous n'avons pu lire qu'un compte-rendu.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PREMIERE PARTIE. — Historique et documents.

CHAPITRE PREMIER. — Rappel historique	11
CHAPITRE II. — Documents recueillis à la clinique du Professeur TIXIER	19

DEUXIEME PARTIE. — Essai d'interprétation.

CHAPITRE PREMIER. — Technique de l'examen bacté- riologique	45
CHAPITRE II. — Evolution des épanchements asepti- ques	51
CHAPITRE III. — Evolution des épanchements infectés.	55
CHAPITRE IV. — Parallèle entre les pronostics clinique et bactériologique	59
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

